

University of Groningen

Het Expertisecentrum voor Behandeling en Beoordeling van Ouderschap en Psychiatrie

Vischer, Anne-Fleur W. K.; Knorth, Erik J.; Post, Wendy J.; Knot-Dickscheit, Jana; Mulder, J. M. V.; Grietens, Hans

Published in:

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Final author's version (accepted by publisher, after peer review)

Publication date:

2019

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Vischer, A-F. W. K., Knorth, E. J., Post, W. J., Knot-Dickscheit, J., Mulder, J. M. V., & Grietens, H. (2019). Het Expertisecentrum voor Behandeling en Beoordeling van Ouderschap en Psychiatrie: het belang van een tijdige beslissing over de beste plek voor het kind. In J. Knot-Dickscheit, & E. J. Knorth (editors), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Theorie en praktijk* (blz. 426-438). (Ortho-Reeks). Lemniscaat.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Het Expertise Centrum voor Behandeling en Beoordeling van Ouderschap en Psychiatrie: het
belang van een tijdige beslissing over de beste plek voor het kind

A-F.W.K Vischer, E.J. Knorth, W.J. Post, J. Knot-Dickscheit,
J.M.V. Mulder en H. Grietens

Rijksuniversiteit Groningen

Finale versie

Verschijnt in:

J. Knot-Dickscheit en E.J. Knorth (red.)

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen:

theorie en praktijk

Noot van de auteur:

A-F. W. K. Vischer, Afdeling Orthopedagogiek, Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentie over deze bijdrage: Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Orthopedagogiek,
t.a.v. Anne-Fleur Vischer, PhD, Grote Rozenstraat 39, 9712 TJ Groningen, E-mail:

A.W.K.Vischer@rug.nl.

Het Expertise Centrum voor Behandeling en Beoordeling van Ouderschap en Psychiatrie: het belang van een tijdige beslissing over de beste plek voor het kind

A-F.W.K Vischer, E.J. Knorth, W.J. Post, J. Knot-Dickscheit, J.M.V. Mulder en H. Grietens

Samenvatting

In geval de ontwikkeling en veiligheid van een (jong) kind in een gezin met meervoudige en complexe problemen wordt bedreigd kan de kinderrechter besluiten het gezin onder toezicht te stellen en/of te verordonneren dat het kind uit huis dient te worden geplaatst. Het gaat hier om een, in principe tijdelijke maatregel van kindbescherming waarbij de ouders, met hulp van professionele steun, de kans krijgen de opvoedingssituatie te verbeteren. Na verloop van tijd moet beoordeeld worden of er sprake is van een zódanige betekenisvolle verandering in de opvoedingssituatie dat het kind veilig thuis kan blijven of terug kan naar huis. Uit onderzoek komt herhaaldelijk naar voren dat terugplaatsingen niet altijd definitief zijn; een deel van de kinderen wordt na een terugplaatsing wederom uit huis geplaatst. Het is dan ook noodzakelijk om de plaatsingsbeslissingen waar het hier over gaat zeer weloverwogen te nemen om kinderen continuïteit van de opvoedsituatie te bieden. Binnen het Expertise Centrum voor Behandeling en Beoordeling van Ouderschap en Psychiatrie – onderdeel van GGZ Drenthe – worden ouderschapsbeoordelingen in het kader van dergelijke beslissingen uitgevoerd. In dit hoofdstuk beschrijven we het hierop gerichte interventieprogramma van de kliniek De Stee welke deel uitmaakt van het Expertise Centrum. Tevens presenteren we enkele uitkomsten van meerjarig evaluatieonderzoek naar dit programma.

Trefwoorden

Ouderschapsbeoordeling, opvoedbesluit, gezinspsychiatrie

21.1 Inleiding

De laatste jaren zien we een toenemend aantal uithuisplaatsingen van minderjarigen in Nederland, zowel in residentiële voorzieningen als pleeggezinnen (Pleegzorg Nederland, 2018). Vaak betreft het jonge kinderen. Deze stijging is opmerkelijk daar zij niet strookt met

de tendens in de jeugdhulpverlening zoveel mogelijk te streven naar intensieve thuishulp bij ernstige problematische opvoedingssituaties (Knorth, Kalverboer, & Knot-Dickscheit, 2010; Thoburn & Members of the Making Research Count Consortium, 2009). In principe is een uithuisplaatsing altijd tijdelijk. Het doel van deze maatregel is namelijk het herstellen of bewerkstelligen van voldoende veiligheid en voorwaarden voor een gezonde ontwikkeling van het kind in het eigen gezin (Bouw & Van Dijk, 2002). In artikel 25 van het Verdrag inzake de Rechten van het Kind is vastgelegd dat de overheid regelmatig moet controleren of een uithuisplaatsing nog nodig is. Na een uithuisplaatsing dient zich daardoor het volgende complexe vraagstuk aan: Is terugplaatsing naar het gezin van herkomst in het belang van het kind?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden dient er zicht te komen op de gehele opvoedsituatie. Ook moet duidelijk worden wat er aan de betreffende opvoedsituatie moet veranderen waardoor deze weer toereikend is zodat in de behoeften van het kind wordt voorzien en of deze verandering, binnen een aanvaardbare periode, haalbaar is. Op een bepaald moment in het besluitvormingsproces zal dus beoordeeld moeten worden of de gestelde doelen voldoende behaald zijn en er sprake is van een betekenisvolle verandering waardoor het kind veilig terug kan naar huis. Met name bij jonge kinderen (0-5 jaar) is het zeer belangrijk om na een uithuisplaatsing op korte termijn duidelijkheid te hebben over wie de belangrijkste hechtingspersoon wordt zodat een gezonde hechting tot stand kan komen (Juffer, 2010). Een dergelijk besluit wordt een *opvoedbesluit* (Daamen, 2014) genoemd.

Er is weinig bekend over besluitvormingsprocessen wanneer het specifiek gaat over een opvoedbesluit zoals de terugplaatsing van kinderen. Echter, dergelijke kennis is essentieel om in het belang, en zoveel mogelijk overeenkomstig de rechten van het kind te kunnen handelen (Fernandez & Lee, 2013). Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat een deel van de kinderen die uit huis is geplaatst in verband met mishandeling en/of verwaarlozing, een groot risico loopt nog eens mishandeld of verwaarloosd te worden na terugplaatsing. Daarnaast blijken terugplaatsingen ook niet altijd definitief; een deel van de kinderen wordt na een terugplaatsing wederom uit huis geplaatst (Biehal, 2007). Het is dan ook essentieel om plaatsingsbesluiten zeer weloverwogen te nemen om kinderen continuïteit te bieden wat betreft opvoedsituatie. Hierbij is onder andere van belang om deze beslissingen te baseren op de uitkomsten van een gedegen ouderschapsbeoordeling (White, 2005). Echter, het uitvoeren van dergelijke beoordelingen is zeer complex (Vischer, Grietens, Knorth, & Mulder, 2017).

Het Cluster Gezinspsychiatrie van GGZ Drenthe heeft zich sinds 2000 gespecialiseerd in de behandeling van gezinnen met meervoudige en complexe problemen en kreeg steeds vaker de vraag vanuit het werkveld om ouderschapsbeoordelingen uit te voeren in het kader van het nemen van een opvoedbesluit. In 2009 werd daarom het Expertisecentrum voor Behandeling en Beoordeling van Ouderschap en Psychiatrie¹ (kort: het Expertise Centrum) opgericht. Het Expertise Centrum bestaat uit twee klinieken: kliniek ‘De Stee’ voor gezinnen met kinderen tot en met twee jaar en kliniek ‘De Bron’ voor gezinnen met kinderen vanaf drie jaar. De kerntaak van De Stee – waarop we focussen in dit hoofdstuk – is het onderzoeken waar de kinderen van de aangemelde gezinnen het beste op kunnen groeien: in het gezin van herkomst of in een pleeggezin (GGZ Drenthe, n.d.). Het Expertise Centrum volbrengt deze taak door middel van procesevaluatie. Dat houdt in dat ouders een klinische behandeling aangeboden krijgen waarbinnen *verandering in ouderschap* mogelijk wordt gemaakt. Het behandelproces van de ouders ligt aan de basis van het advies over de beste plek voor het kind.

Dit hoofdstuk bevat allereerst een beschrijving van de doelgroep en de doelen van het Expertise Centrum. Vervolgens worden de theoretische onderbouwing en de aanpak en uitvoering van de interventie nader uitgewerkt. Aansluitend volgen enkele resultaten en aanbevelingen uit een recent evaluatieonderzoek. We besluiten met een conclusie.

21.2 Het Expertise Centrum

21.2.1 Doelgroep

De doelgroep van De Stee wordt door GGZ Drenthe aangeduid als: gezinnen met meervoudige en complexe problemen waarvan één of meer kinderen tussen de 0 en 2 jaar uit huis zijn geplaatst of uit huis geplaatst dreigen te worden. Daarnaast is bij (in ieder geval één van) de ouders sprake van psychiatrische problematiek. Een groot deel van de ouders heeft een licht verstandelijke beperking (LVB). De gezinnen worden aangemeld door gezinsvoogden, casemanagers en onderzoekers van de Raad voor de Kinderbescherming. Veelal vindt de hulpverlening plaats binnen een gedwongen kader.

21.2.2 Doelen van behandeling

¹ Voorheen: Centrum voor Behandeling en Beoordeling van Ouderschap (CBBO).

De gezinnen worden bij De Stee aangemeld omdat er veel onduidelijkheid bestaat over de capaciteiten van de ouders tot ‘goed genoeg ouderschap’. Gezien de levensfase van de jonge kinderen waarin het aangaan van een veilige hechting met één of meer primaire opvoeder(s) van groot belang is, is het essentieel dat er een tijdig besluit wordt genomen over de plek waar het kind het beste op kan groeien. Dit vormt dan ook het kerndoel van de interventie. Idealiter is dit binnen het gezin van herkomst. Het Expertise Centrum biedt daarom een intensieve behandeling aan om de kwaliteit van het ouderschap te verbeteren naar ‘goed genoeg ouderschap’. Wanneer dit niet haalbaar blijkt, worden ouders ondersteund in het begrijpen en accepteren van de plaatsing van hun kind, en in het vormgeven van hun rol als ouder op afstand. Daarnaast is het doorbreken van de impasse waar het gezin en hun omringende hulpverleners vaak in terecht zijn gekomen, een belangrijke pijler van de interventie. Aangezien bij een groot deel van de gezinnen na de interventie bij De Stee een vorm van ondersteuning nodig zal blijven, is een goede samenwerking tussen het gezin en hulpverlening noodzakelijk om te zorgen voor een *duurzame* terugkeer naar huis. De aanmelder van het gezin wordt daarom nauw betrokken bij de behandeling.

21.3 Het interventieprogramma

21.3.1 Theoretische achtergronden

Het behandelprogramma binnen het Expertise Centraums gebaseerd op een combinatie van gedragswetenschappelijke theorieën en benaderingen. De *gehechtheidstheorie* (Bowlby, 1979) ligt ten grondslag aan het kerndoel van de interventie. Binnen *de mentalization-based family therapy* (Asen & Scholz, 2010) staat de capaciteit om na te denken over de eigen intenties en die van anderen centraal. Er wordt getracht om ouders te leren metalliseren waardoor zij hun kinderen steeds beter leren begrijpen. Vanuit de *schema theorie* (Young, 1990) wordt gewerkt aan de mogelijke verschillende rollen van waaruit ouders hun kinderen benaderen, doordat ouders als kind zelf vaak geen veilige hechtingsband hebben ervaren met hun ouders. De *solution-focused brief therapy* (Berg, 1994; Isebaert, 2007) is gebaseerd op het idee dat mensen altijd krachten en krachtbronnen hebben, en de cliënt wordt als een gelijkwaardige partner in de samenwerking gezien. In het begin van de klinische opname is er een duidelijke focus op de successen van de ouders, er wordt getracht deze momenten waarin goed ouderschap wordt gezien, verder uit te breiden. Een andere strategie is de ouders mee te laten lezen met de dagrapportage die de gezinstrainers schrijven en ouders de mogelijkheid

bieden om hier wijzigingen in aan te brengen wanneer ouders een andere visie hebben. Daarnaast zijn de gezinstrainers niet op de hoogte van het dossier van het gezin om een onbevooroordeelde samenwerking te starten. Het geven van complimenten, het stellen van vragen en het respecteren van de wensen en grenzen van ouders zijn strategieën die, onder anderen, binnen dit theoretische kader gebruikt worden. De *Signs of Safety-methode* (Turnell & Essex, 2006) wordt toegepast om de veiligheid van de kinderen te waarborgen en om het netwerk van het gezin te betrekken.

21.3.2 Aanpak en uitvoering

Gezinnen worden bij De Stee aangemeld door de gezinsvoogd, casemanager of raadsonderzoeker. Na een telefonische intake worden het gezin, de aanmelder en andere belangrijke betrokkenen uitgenodigd voor een intakegesprek. In dit twee uur durende gesprek wordt met alle partijen een antwoord gezocht op de vraag of kliniek De Stee de juiste plek is voor het gezin om toe te werken naar gezinsbehoud of gezinshereniging. Wanneer deze vraag met een 'ja' wordt beantwoord, start een ambulante voortraject.

In het voortraject wordt de veiligheid van het gezin samen met de ouders en hun netwerk met behulp van de Signs of Safety-methode (SoS, Turnell & Essex, 2006) geanalyseerd. Naar aanleiding van de SoS-bijeenkomst worden veiligheidsplannen opgesteld om de veiligheid van het kind zoveel mogelijk te garanderen. De aanmelder accordeert het veiligheidsplan. Iedere behandelfase wordt opnieuw een veiligheidsplan gemaakt waarin ouders aangeven wat zij doen om ook in tijden van stress de veiligheid van hun kind te waarborgen. Daarnaast worden bij aanvang van de behandeling voor en met het gezin en de aanmelder doelen opgesteld; deze doelen vormen de leidraad van de behandeling. Gezinshulpverleners ondersteunen tijdens het voortraject het gezin in de voorbereiding voor opname. Daarnaast vindt een samenwerkingsopname van twee weken plaats zodat ouders en het team van De Stee kunnen onderzoeken of een samenwerking mogelijk is. Er dient een succesvolle samenwerkingsopname doorlopen te worden voor het gezin de klinische opname kan starten.

Wanneer het gezin aan alle opnamevoorwaarden heeft voldaan (bijvoorbeeld zorgen voor stabiele huisvesting) en er plek is in de kliniek, wordt het gezin voor maximaal 16 weken opgenomen. De gezinnen starten op zondagmiddag en op vrijdagmiddag gaan ze naar huis. In de eerste vier weken verblijven uithuisgeplaatste kinderen in het weekend bij een pleeg- of gastgezin. Na vier weken dient de gezinssituatie zodanig te zijn, dat de aanmelder het veilig

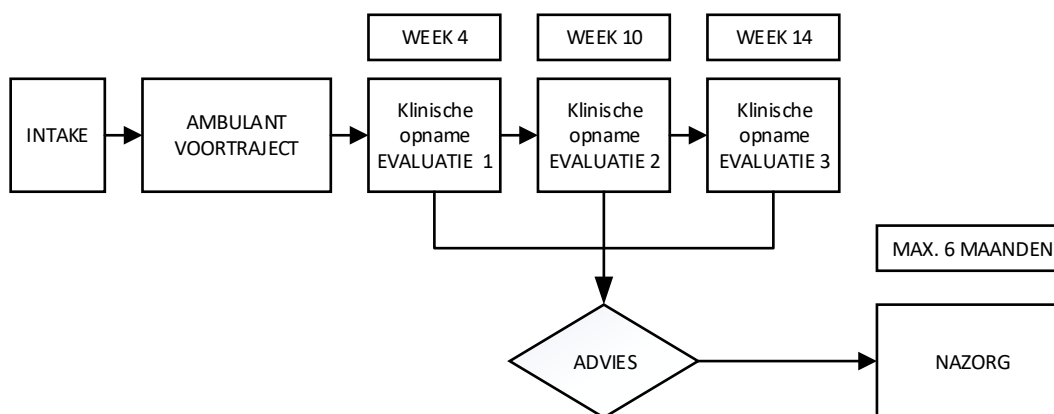
genoeg acht om kinderen in het weekend met ouders naar huis te laten gaan. Wanneer dit niet het geval is, wordt het traject gestopt en een negatief advies gegeven. Dit wordt namelijk gezien als teken dat verandering in het gezin te langzaam op gang komt vanuit het perspectief van het jonge kind. Voorafgaand aan de weekenden waarin ouders en kind naar hun eigen huis gaan, worden de veiligheidsplannen met ouders doorgesproken. De eerste dag na het weekend wordt met ouders teruggekeken hoe het gelukt is om de veiligheid van hun kind in het weekend te waarborgen. Na de klinische opname bestaat de mogelijkheid om het gezin maximaal vier weken in een appartement of woning buiten de kliniek (maar op het semi-besloten terrein van GGZ Drenthe in Beilen) te laten verblijven als tussenstap naar huis.

De volgende programmaonderdelen worden aangeboden tijdens de klinische opname: ouderthema's (kennisbevordering over ouderschap), gezinsthema's (stimuleren van positieve ouder-kind-interactie), huishoudelijk overleg (communicatie en hygiëne binnen de behandelgroep) en het zgn. 'reflecting team' (reflecteren met ouders op het behandelproces). Daarnaast is er individuele begeleiding en een aanbod in ondersteunende interventies zoals hartcoherentie (een methode om grip te krijgen op je eigen hartslag waardoor het stress-systeem positief beïnvloed wordt) en relatietherapie. Ook wordt veel gebruik gemaakt van korte filmopnames. Met behulp van deze fragmenten wordt met ouders teruggekeken naar en gereflecteerd op het handelen van ouders. Deze methode wordt ook wel *video feedback* genoemd.

Tijdens de klinische behandeling worden de behandelplannen met daarin de behandeldoelen drie keer geëvalueerd. Bij de laatste evaluatie formuleert het team van De Stee een eindadvies aan de aanmelder van het gezin op basis van de groei en het resultaat dat ouders laten zien op het gebied van onder andere *veiligheid in het gezin* en *opvoedgedrag*. Dit advies geeft antwoord op de vraag of het ouderschap 'goed genoeg' is en of ouders langdurig in staat zijn om aan de behoeften van het kind tegemoet te komen waardoor gezinshereniging of gezinsbehoud verantwoord is. Daarnaast wordt er advies gegeven over benodigde vervolghulpverlening. Het advies wordt uitgebreid onderbouwd in een eindrapport van de behandeling. De interventie van De Stee combineert daarmee expliciet behandeling met besluitvorming.

In Figuur 1 staat de fasering van het traject van De Stee schematisch weergegeven. Met uitzondering van de nazorgfase kan de fasering van De Stee beschouwd worden als een continuüm waarin elke nieuwe fase één of meerdere vaste beslissingsmomenten kent die voorafgaan aan de uiteindelijke beslissing omtrent het opvoedbesluit. Hoewel toegewerkt

wordt naar een klinische opname en een eindadvies gebaseerd op het klinische behandelproces van het gezin, kan dit laatstgenoemde kernbesluit ook in één van de fasen voor klinische behandeling worden genomen. De verschillende fasen van het traject van De Stee kunnen daarom beschouwd worden als een *assessment traject* waarin steeds meer informatie gegenereerd wordt waarmee een gedegen besluit rondom hereniging genomen kan worden. Gelet op het tijdsbestek waarbinnen plaatsingsbesluiten idealiter genomen dienen te worden, geldt eigenlijk ‘hoe eerder, hoe beter’.



Figuur 1. De fasering van de interventie van De Stee

21.4 Onderzoek

Om de kwaliteit van het Expertisecentrum te verhogen en te waarborgen en tot nieuwe kennis te komen wat betreft de complexe taak van het beoordelen van (veranderend) ouderschap en het nemen van een opvoedbesluit, is een meerjarig evaluatieonderzoek ‘Gezond Terug’ door de Rijksuniversiteit Groningen uitgevoerd in de kliniek De Stee.² Er is onder andere een antwoord gezocht op de vragen of het Expertise Centrum de beoogde doelgroep bereikt en of de interventie voldoende afgestemd is op de kenmerken van de doelgroep (n=70); hoe het ouderschap er gedurende de klinische fase uit ziet c.q. of het zich in positieve zin ontwikkelt (n=30); en hoe het zes maanden na ontslag uit kliniek met de gezinnen gaat volgens de

² Dit is tevens het promotieonderzoek van de eerste auteur (Vischer, 2019). ‘Gezond terug’ is een acroniem voor: GEZinspsychiatrisch ONderzoek naar de mogelijkheden voor TERUGplaatsing van jonge kinderen naar hun gezin van herkomst.

aanmelders (n=23). Enkele uitkomsten van dit onderzoek worden kort in deze paragraaf besproken.

21.4.1 Kenmerken aangemelde gezinnen

Uit het onderzoek is gebleken dat de gezinnen die bij De Stee worden aangemeld, voldoen aan de doelgroepkenmerken zoals omschreven door GGZ Drenthe. Alle gezinnen hebben minimaal één kind in de leeftijd van 0-2 jaar of er is sprake van een zwangerschap ten tijde van de aanmelding. De opvoedsituatie wordt dermate zorgelijk geacht, dat er veelal sprake is van een kindbeschermingsmaatregel. Een klein deel van de gezinnen ontvangt hulp vanuit het vrijwillige kader, bij hen is geen sprake van een maatregel. Echter, uit ons onderzoek blijkt dat de term ‘vrijwillig’ alleen betrekking heeft op het ontbreken van formeel gedwongen bemoeienis; de betreffende aanmelders van deze gezinnen hebben een aanmelding bij De Stee gewoonlijk als ‘laatste kans’ voorgelegd. Bij weigering van opname zal het betreffende kind uithuisgeplaatst worden of zal hereniging geen optie meer zijn.

Psychiatrische problematiek is in het onderzoek geoperationaliseerd als psychische problemen die geclassificeerd zijn met behulp van de DSM-V. In bijna driekwart van de gevallen (74.2%) werd een dergelijke classificatie in het dossier aangetroffen (hoewel voor een groot deel hiervan geldt dat niet duidelijk is wanneer en door wie het diagnostisch onderzoek is uitgevoerd, terwijl verdere informatie rondom de psychiatrische problematiek ontbreekt). Bij vrijwel alle ouders (96.7%) zijn daarnaast beschrijvingen van psychische problemen in de dossiers te vinden. Bij de helft van de ouders is sprake van een licht verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid of een vermoeden van een cognitieve beperking. Bij vrijwel alle gezinnen is langdurig hulpverlening betrokken (geweest), hetgeen duidt op aanhoudende problematiek. Uit de dossiers komt naar voren dat de eerdere hulpverlening veelal niet de gewenste resultaten opleverde. Kijkend naar de eigen jeugd van de ouders, blijkt dat zij vaak zelf zijn opgegroeid in een problematische opvoedingssituatie. Bij een deel is in de kindertijd een kindbeschermingsmaatregel uitgesproken. De gezinnen ondervinden bij aanmelding problemen op elk levensvlak; de dossiers bevatten een grote hoeveelheid aan opvoed-, sociaaleconomische- en psychosociale problemen.

Er is naar aanleiding van deze resultaten een drietal aspecten met betrekking tot de interventie te noemen dat extra aandacht verdient. Zo is duidelijk geworden dat er bij veel ouders bij aanmelding sprake is van een gebrek aan helderheid rondom de precieze aard en ernst van de *psychiatrische problematiek* (bijvoorbeeld door onduidelijke rapportage hierover

in het gezinsdossier); er wordt dan uitgebreid diagnostisch onderzoek door de betrokken hulpverleningsinstanties in het gezin noodzakelijk geacht. Aangezien dergelijke problematiek van grote invloed kan zijn op het ouderschap, is het van belang hier in de aanmeld- en intakefase van het programma goed zicht op te krijgen. Voorts weten we uit onderzoek dat de combinatie van psychiatrische problematiek en beperkte cognitieve vermogens een significante risicofactor met betrekking tot kindermishandeling vormt (Wilkins & Farmer, 2015). Deze kennis is zeer relevant aangezien – zoals gezegd – bij ongeveer de helft van de aangemelde gezinnen beschrijvingen in het dossier zijn gevonden die duiden op verstandelijke beperkingen bij (een van) de ouders.

Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat *problemen in de partnerrelatie* een zeer grote rol spelen. Er heerst veel onduidelijkheid wat betreft de aard van de relatie tussen de opvoeders. Relaties zijn niet stabiel (knipperlicht relaties) en huiselijk geweld komt in grote mate naar voren uit de dossieranalyse. De relatie tussen de opvoeders van de kinderen verdient dan ook een hele scherpe focus binnen de behandeling.

Wanneer de aangemelde *kinderen* in ogeschouw worden genomen, dan komt uit het onderzoek naar voren dat voor een groot deel van hen geldt dat zij in hun prille leven al veel problemen hebben ondervonden en meegemaakt. Bij slechts 18.9% van de aangemelde kinderen zijn er geen problemen gerapporteerd. Ervaringen in de prille jeugd zijn heel bepalend voor de verdere levensloop. De ervaringen van de kinderen die aangemeld zijn bij De Stee verhogen daarmee het risico op uiteenlopende negatieve gevolgen. Daarnaast bestaat een risico op *intergenerationele overdracht* van problematiek wanneer zij later zelf kinderen krijgen. Deze uitkomsten onderstrepen het belang van het goed monitoren van het welzijn van het kind gedurende het traject en het tijdig nemen van een weloverwogen opvoedbesluit om verdere beschadiging en traumatisering te voorkomen. Het belang van het kind dient ten alle tijde centraal te staan.

21.4.2 Ontwikkeling kwaliteit ouderschap tijdens opname

Wat betreft het verbeteren van de kwaliteit van het ouderschap binnen De Stee, kan voorzichtig geconcludeerd worden dat de interventie bij een deel van de gezinnen een positieve impact lijkt te hebben: ouderlijke gedragingen die gerelateerd zijn aan het ontstaan van een gedesorganiseerde gehechtheid bij het kind verminderen naar een acceptabel niveau. Deze gedragingen, *atypische gedragingen* genoemd, zijn in kaart gebracht met het Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE - zie Bronfman,

Madigan, & Lyons-Ruth, 2014), waarmee vijf dimensies van en een overall score voor ouderlijk gedrag in kaart kunnen worden gebracht. Door ouders die meewerkten aan het onderzoek en van wie minimaal twee meetmomenten beschikbaar waren (n=21), werd er bij aanvang van de interventie in totaal 35 keer een ‘onvoldoende’ gescoord op een dimensie. In 20 gevallen (57%) verbeterde het ouderlijk gedrag gedurende de interventie naar een ‘voldoende’.

Daarnaast hebben we aanwijzingen dat de groep ouders met een positief advies ten aanzien van gezinshereniging vaker verbeterd ouderschap laat zien (in termen van minder atypisch ouderlijk gedrag dat gelinkt is aan een gedesorganiseerde gehechtheid van kinderen) dan de groep ouders waarbij geadviseerd werd om het kind in een pleeggezin op te laten groeien. Dit is een eerste indicatie dat het team van De Stee er in ieder geval deels in slaagt om de ouders die adequater ouderlijk gedrag tonen gedurende de interventie te onderscheiden van de ouders bij wie zich op dit punt geen ontwikkeling voordoet. De dimensies waarbij dit het meest pregnant naar voren kwam waren *verstoorde affectieve communicatie* en *angstig en gedesoriënteerd gedrag*. Het lijkt erop dat het team van De Stee deze typen gedragingen essentieel acht in het kader van het beoordelen van ‘goed genoeg ouderschap’. Gedragingen die onder de dimensie *intrusief of negatief gedrag* vallen, lijken op dit punt minder van belang. Het is aan te bevelen om dit binnen De Stee verder te onderzoeken aangezien (ook) dit laatste gedrag sensitief ouderschap in de weg kan staan.

21.4.3 Functioneren gezinnen zes maanden na opname

Bij de 23 gezinnen waarover de aanmelders hebben gerapporteerd in een follow-up studie zes maanden na beëindiging van de klinische fase, was er wat betreft het type plaatsing sprake van 96% *stabiliteit*. Alle kinderen die bij de biologische ouders waren geplaatst, woonden daar nog ten tijde van de follow-up. Wel merken we op dat er met betrekking tot één plaatsing bij de biologische ouders binnen een half jaar zoveel twijfel was ontstaan, dat het gezin opnieuw opgenomen is geweest voor een klinisch traject. Eén andere plaatsing bij biologische ouders – hier onder de voorwaarde dat er bij iemand uit het netwerk werd ingewoond – is niet geheel stabiel gebleven: er vond een verandering plaats wat betreft het netwerk waarbij de biologische ouders en het kind inwoonden.

Met uitzondering van één gezin, verbleven alle kinderen waarvoor een pleegzorgplaatsing was geadviseerd, nog in een pleeggezin zes maanden na ontslag van het gezin uit de kliniek. Eén gezin is na een negatief eindadvies binnen enkele weken opnieuw

opgenomen; ten tijde van de follow-up woonde het kind weer bij het gezin van herkomst. Eén pleegzorgplaatsing veranderde binnen de follow-up periode van een netwerk- naar een bestandsplaatsing.

Verder kwam naar voren dat de aanmelders van vier gezinnen (17,4%) zes maanden na ontslag van het gezin uit de kliniek *zorgen* hadden over de opvoedsituatie van de kinderen. Het gaat om kinderen die bij de biologische ouders werden geplaatst. De aanmelders rapporteerden zorgen over de ontwikkeling van de betreffende kinderen en het functioneren van ouders. De gerapporteerde zorgen hebben voornamelijk te maken met de relatie van de opvoeders. Het is dan ook de vraag in hoeverre deze plaatsingen stabiel blijven.

De *ingezette hulpverlening* zoals geadviseerd in het eindadvies van het Expertise Centrum bleek bij het grootste deel van de gezinnen (65%) nog actief en betrokken ten tijde van de follow-up. Bij de overige gezinnen bleek de hulpverlening op een gegeven moment in enkele gevallen niet meer nodig of het was niet gelukt de hulpverlening op te starten. Bij ongeveer de helft van de gezinnen die ten tijde van de follow-up een vorm van hulpverlening ontvingen met betrekking tot de gezinssituatie, verliep dit goed. Bij de andere helft werden problemen gerapporteerd die in de meeste gevallen te maken hadden met het ontbreken van een hulpvraag vanuit het gezin. Duidelijk is geworden dat de overgang die gezinnen maken van de kliniek terug naar huis extra aandacht vereist.

21.5 Conclusie

Het Cluster Gezinspsychiatrie van GGZ Drenthe biedt professionals, die belast zijn met het beantwoorden van vragen rondom ‘goed genoeg ouderschap’, een vrijwel unieke samenwerking in het beantwoorden van dergelijke vragen. De Stee voorziet het werkveld van de jeugdzorg van een zorgaanbod waar een grote behoefte aan bestaat. De taak die de instelling op zich heeft genomen is één van de meest complexe taken binnen de kinderbeschermingscontext. Het getuigt van visie dat wetenschappelijk onderzoek is geïnitieerd naar de werkzaamheid van het programma. De uitkomsten van het evaluatieonderzoek zijn niet eenduidig; naast veelbelovende resultaten zijn er ook minder wenselijke resultaten. Gezien de complexiteit van de opdracht – het verbeteren en beoordelen van ouderschap bij gezinnen met meervoudige en complexe problemen – is dit niet verwonderlijk.

Het is aan te bevelen om de uitkomsten van het evaluatieonderzoek als aanknopingspunten te gebruiken ter verdere aanscherping van het programma. Ook is het van belang goed zicht te houden op de duurzaamheid van de adviezen op langere termijn. Bij een goede *monitoring* hiervan kunnen professionals leren van de beslissingen die genomen zijn binnen De Stee, en kan de kwaliteit van de besluitvorming bij opvoedbesluiten verder worden geoptimaliseerd (Van Yperen, 2013).

Referenties

- Asen, E., & Scholz, M. (2010). *Multi-family therapy: Concept and techniques*. New York, NY: Routledge - Taylor & Francis Group.
- Berg, I. K. (1994). *Family-based services: A solution-focused approach*. New York, NY: W.W. Norton and Co.
- Biehal, N. (2007). Reuniting children with their families: Reconsidering the evidence on timing, contact and outcomes. *British Journal of Social Work*, 37(5), 807-823. doi:10.1093/bjsw/bcl051
- Bouw, A., & Van Dijk, L. (2002). *Verantwoord beslissen: besluitvorming binnen de gezinsvoogdij*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London, UK: Tavistock/Routledge.
- Bronfman, E. T., Madigan, S., & Lyons-Ruth, K. (2014). *Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE). Manual for Coding Disrupted Affective Communication. Version 2.0, January 2014*. Unpublished manuscript. Cambridge, MA, USA / Toronto, ON, Canada: Harvard Medical School / University of Toronto.
- Daamen, W. (2014). *Het nemen van een opvoedingsbesluit: Wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Fernandez, E., & Lee, J.-S., (2013). Accomplishing family reunification for children in care: An Australian study. *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1374-1384. doi:10.1016/j.childyouth.2013.05.006.
- GGZ Drenthe (n.d.). *Eerste opzet interventiebeschrijving van het Centrum voor Behandeling en Beoordeling van Ouderschap* (intern document). Beilen: GGZ Drenthe, Cluster Gezinspsychiatrie.

- Isebaert, I. (2007). *Praktijkboek oplossingsgerichte cognitieve therapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Juffer, F. (2010). *Beslissingen over kinderen in problematische opvoedingssituaties. Inzichten uit gehechtheidsonderzoek*. Den Haag: Raad voor de Rechtspraak.
- Knorth, E. J., Kalverboer, M. E., & Knot-Dickscheit, J. (Eds.) (2010). *Inside out: How interventions in child and family care work. An international source book*. Antwerpen: Garant Publishers.
- Pleegzorg Nederland (2018). *Factsheet Pleegzorg 2017*. Utrecht: Pleegzorg Nederland. Geraadpleegd via: <https://pleegzorg.nl/wp-content/uploads/2018/06/Factsheet-pleegzorg2017-DEF.pdf>
- Thoburn J., & Members of the Making Research Count Consortium (2009). *Effective interventions where there are concerns about, or evidence of, a child suffering significant harm*. C4EO Safeguarding: Briefing 1. London: Centre for Excellence and Outcomes in Children and Young People's Services.
- Turnell, A., & Essex, S. (2006). *Working with 'denied' child abuse: The resolutions approach*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press, McGraw-Hill Education.
- Van Yperen, T. A. (2013). *Met kennis oogsten. Monitoring en doorontwikkeling van integrale zorg voor jeugd*. Utrecht / Groningen: NJi / Rijksuniversiteit Groningen (oratie).
- Vischer, A-F. W. K. (2019). *Towards a safe home. A study on the assessment of parenting among families in complex problem situations with infants and toddlers to achieve family preservation and permanency*. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Vischer, A-F. W. K., Grietens, H., Knorth, E. J., & Mulder, H. (2017). Assessing parenting in the context of reunification of infant/toddlers and their families: How to face the challenges? *Infant Mental Health Journal*, 38(3), 406-421. doi:10.1002/imhj.21646
- White, A. (2005). *Assessment of parenting capacity: Literature review*. Ashfield, NSW Australia: Center for Parenting and Research, NSW Department of Community Services.
- Wilkins M., & Farmer E. (2015). *Reunification: An evidence-informed framework for return home practice*. London: NSPCC.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (revised edition). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.